

松山赤十字病院地域医療連携ネットワーク同意撤回書

松山赤十字病院長 様

私は、松山赤十字病院地域連携ネットワークに関する説明、並びに説明文書の交付を受け、本ネットワークの利用に同意しておりましたが、撤回いたします。

患者さん記入欄				
		令和 年 月 日		
フリガナ		性別	年齢	生年月日
氏名 (自署)	様 (旧姓：)	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	歳	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日
松山赤十字病院の患者番号	※確実な確認のためできる限りご記入ください			
代理人による記載の場合	代理人氏名： (続柄：)			

医療機関記入欄			
※同意取得の際に同意書とあわせて記入し、必ず患者さまにお渡してください			
医療機関名			
電話番号		FAX	
説明担当医 (自署または記名押印)			

※同意撤回届は上記医療機関または松山赤十字病院に提出してください。

松山赤十字病院 患者支援センター

〒790-8524 松山市文京町1番地 TEL : 089-926-9516 FAX : 089-926-9547

松山赤十字病院使用欄

担当者職氏名	印
解除完了日付	令和 年 月 日